

УДК 369.04

**РАСХОДОВАНИЕ ГОСУДАРСТВЕННЫХ ФИНАНСОВ
В ОРГАНИЗАЦИЯХ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ КЫРГЫЗСКОЙ РЕСПУБЛИКИ**

Джапарова Дамира, доцент Кыргызско-Турецкого университета «Манас»
<damirajaparova@mail.ru>

**USE OF PUBLIC FINANCE IN HEALTH ORGANIZATIONS
OF THE KYRGYZ REPUBLIC**

Assoc. Prof., Dr. **Japarova Damira**, Kyrgyzstan Turkey Manas University
<damirajaparova@mail.ru>

Abstract

Public health in Kyrgyzstan is generally characterized by the dominance of inpatient care. There is an increase in hospitalization in all regions of the republic. This is an indicator of ineffective activity at the primary level, i.e. patients who have not been treated in polyclinics become hospital patients. This fact contradicts the goals of health care reform and shows that limited resources in health care are used inefficiently. A considerable part of the state funds is used for the treatment of privileged special patients. Accordingly, no more than 6% of budgetary funds are addressed for remaining citizens. During the analyzed period, the share of expenses for medicines decreased, most of the funds are aimed at increasing the salaries of medical staff, covering public services and other expenses. Customers who need state support do extra payment for doctors. Herewith a small share of their extra payment is used for treatment and nutrition in hospitals.

Keywords: hospitals, polyclinics, privileged patients, medical expenses.

Аннотация

Государственное здравоохранение в Кыргызстане характеризуется доминированием стационарной помощи. Наблюдается увеличение количества госпитализаций по всем регионам республики. Это показатель неэффективной работы на первичном уровне: не вылеченные в поликлиниках больные становятся пациентами стационаров. Это противоречит целям реформы в здравоохранении и показывает, что ограниченные ресурсы в здравоохранении используются неэффективно. На лечение льготных пациентов используется значительная часть выделяемых государством средств. Соответственно на остальных граждан приходится не более 6% бюджетных денег. За анализируемый период сократилась доля расходов по медикаментам, большая часть средств была направлена на увеличение заработной платы медперсонала, оплату коммунальных услуг и прочие расходы. Пациенты, которые нуждаются в государственной поддержке, доплачивают заработную плату врачей, при этом незначительная доля их средств идет на лечение и питание в стационарах.

Ключевые слова: стационары, поликлиники, льготные пациенты, расходы по медикаментам.

1. Введение

На лечение пациентов, имеющих льготы, расходуется значительная часть средств, выделяемых государством на развитие здравоохранения. При этом на остальных граждан приходится не более 6% средств бюджета. За анализируемый период (2013-2016 гг.) сократилась доля расходов на медикаменты, большая их часть была направлена на увеличение заработной платы медперсонала, оплату коммунальных услуг и прочие расходы.

Нуждающиеся в государственной поддержке доплачивают заработную плату врачей, а незначительная доля их средств используется на лечение и питание в стационарах.

В Кыргызстане преимущественно финансовые ресурсы расходуются на оказание стационарной помощи. В то же время наблюдается увеличение количества госпитализаций по всем регионам республики, свидетельствующее о неэффективной работе поликлиник, представляющих первичный уровень оказания медицинских услуг. Таким образом, не получившие квалифицированную помощь в поликлиниках граждане становятся пациентами стационаров. Это противоречит целям реформы в здравоохранении и показывает, что ограниченные бюджетные ресурсы используются в отрасли неэффективно.

2. Финансирование льготного лечения в Кыргызстане

Финансирование здравоохранения в государственных лечебных учреждениях осуществляется из трех источников: республиканского бюджета, средств Фонда обязательного медицинского страхования и местного бюджета г. Бишкека. Основным источником финансирования здравоохранения составляют средства из республиканского бюджета. Ресурсы обязательного медицинского страхования формируются из Социального фонда для застрахованных граждан и по Программе государственных гарантий из государственного бюджета для незастрахованных граждан. По данным ФОМС общие расходы здравоохранения (без внешних источников финансирования) в 2016 г. составили 12 255,9 млн. сом., или 3,2% к ВВП.

По отчетам Минздрава КР для пациентов, имеющих льготы, используется значительная часть выделяемых государством средств. Льготники составляют 17,9% населения Кыргызстана (рис. 1).

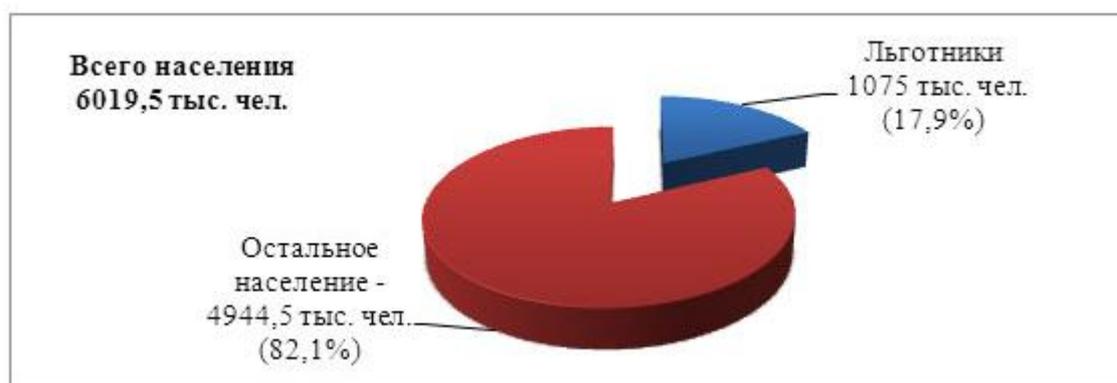


Рис. 1. Доля льготников Кыргызской Республики, имеющих право на бесплатное получение медико-санитарной помощи по ПГГ за 2016 г. (тыс. чел., %)

Источник: Данные ФОМС за 2013-2016 г.

На рис. 2 видно, что значительная часть населения КР имеет льготы по социальному статусу. Для пациентов, не имеющих льгот, остается не более 6% бюджетных денег. Однако и льготники не получают реальной помощи. Затраты на лекарственное обеспечение одного пациента в среднем составляют 171,6 сом. в сутки, а на питание – 73,9 сом. Естественно, такие ограниченные финансовые ресурсы не обеспечивают эффективного лечения.

При покупке лекарственных средств в аптеках часть стоимости препарата оплачивает больной, другую часть – за счет средств ОМС. Из-за ограниченности финансовых ресурсов охвачены только те лекарства, которые используют для лечения наиболее распространенных и поддающихся успешному лечению на первичном уровне (в поликлиниках) заболеваний. Льготное лечение и бесплатные лекарства государство лишь декларирует, а на практике каждый пациент сам платит за свое лечение. Поэтому можно сказать, что Программа государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью в Кыргызстане в полной мере не реализуется.

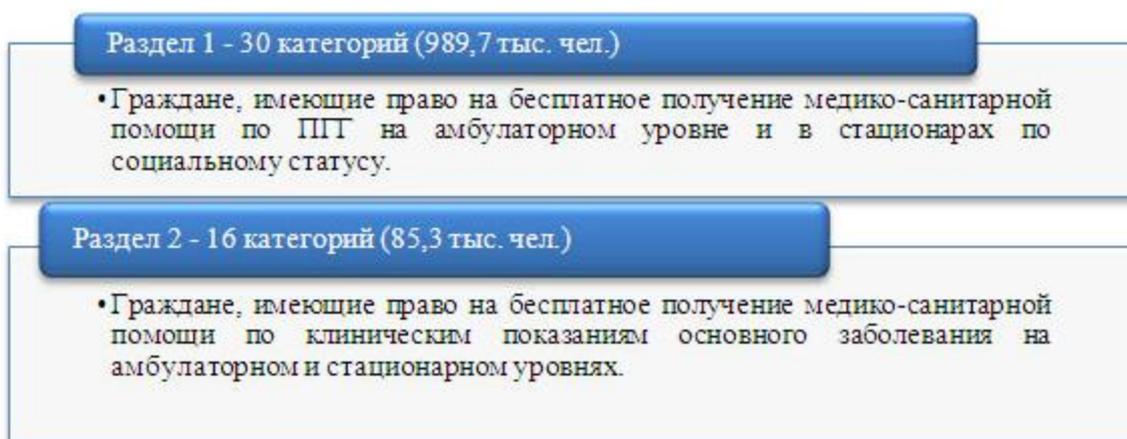


Рис. 2. Категории граждан, имеющих право на получение медико-санитарной помощи по Программе государственных гарантий бесплатно и на льготных условиях на 2016 г.

Источник: Данные ФОМС КР за 2016 г.

Очевидно, что без поступательного, стабильного развития экономики значительных перемен в сфере государственного здравоохранения не произойдет. Однако больных нужно лечить сейчас, и для решения данной проблемы предлагается перевести некоторые категории лиц, имеющих право на бесплатное лечение, на платные условия.



Рис. 3. Число госпитализаций на 100 тыс. населения в КР за 2009-2016 гг.

Источник: Данные ФОМС за 2009-2016 гг.

На рис. 3 видно, что число госпитализаций в расчете на 100 тыс. жителей растет из года в год. Этот показатель остается высоким и по всем регионам. Количество пациентов, вынужденных обращаться в стационарные лечебные учреждения, растет, что говорит о неэффективной работе на первичном уровне – в поликлиниках. Действующая система оказания медицинской помощи характеризуется избыточной сетью медицинских учреждений, с низким материально-техническим оснащением, доминированием стационарной помощи, низкой приоритетностью первичной медико-санитарной помощи.

3. Льготное лекарственное обеспечение в Кыргызстане

В рамках Программы государственных гарантий по оказанию медико-санитарной помощи гражданам Кыргызской Республики с августа 2006 г. начата реализация льготного лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне. Это для больных с социально-значимыми заболеваниями (бронхиальная астма, эпилепсия, онкологические заболевания терминальной стадии, параноидная шизофрения, аффективные расстройства различного генеза). Принцип лекарственного обеспечения льготной категории, определенный

Программой госгарантий, аналогичен дополнительной программе ОМС: пациент приобретает лекарственные средства по рецептам и при покупке оплачивает разницу между розничной стоимостью и ценой возмещения. Цена возмещения устанавливается в размере 90-92% базисных цен с применением поправочных коэффициентов.

Часть финансовых ресурсов ФОМС расходуется на покупку лекарственных средств. При этом есть некоторые особенности. По действующему законодательству расходы на медикаменты, кроме инсулина, не являются защищенной статьей, как например, заработная плата и отчисления в Соцфонд.

Фонд ОМС администрировал Программу государственных гарантий по обеспечению граждан Кыргызской Республики медико-санитарной помощью и Дополнительную программу ОМС по лекарственному обеспечению застрахованных граждан на амбулаторном уровне (рис. 4). В республике введено лекарственное обеспечение на амбулаторном уровне по Программе государственных гарантий лечения при отдельных хронических заболеваниях, что обеспечивает доступ к лекарственным средствам социально уязвимых слоев населения. Целью введения лекарственного обеспечения на амбулаторном уровне является предоставление возможности застрахованным гражданам приобретать качественные и эффективные лекарственные средства.



Рис. 4. Программы, реализуемые Фондом ОМС при Правительстве Кыргызской Республики

Согласно Дополнительной программе ОМС аптечные учреждения, заключившие договор с территориальными ФОМС, отпускают лекарственные средства застрахованным гражданам по рецептам, выписанным семейными врачами. При покупке лекарств в аптеках больной оплачивает часть стоимости препарата, другая часть оплачивается за счет средств ОМС. В перспективе это привело бы к снижению потребности в стационарной помощи. Из-за ограниченности финансовых ресурсов были охвачены только те лекарства, которые используют для лечения наиболее распространенных и поддающихся успешному лечению на первичном уровне заболеваний. Следует при этом отметить, что контроль о получении пациентами льгот по лекарствам практически отсутствует. У пациентов нет информации о правах на получение льготных лекарств, что создает условия для противоправных действий со стороны продавцов лекарств и врачей.

На рис. 5 можно наблюдать устойчивый рост подушевого норматива и бюджета лекарственного обеспечения. Однако, если учесть уровень инфляции за указанный период, то 55 сом. не хватит на самый дешевый лекарственный препарат.

По данным Национального статистического комитета цены на медикаменты и изделия медицинского назначения только за 2009-2016 гг. выросли более чем на 50%, при этом расходы государственного бюджета по статье «Медикаменты» уменьшились. Поэтому доля расходов на медикаменты в бюджете стационаров республики в 2016 г. составила лишь 2,48%.

На рис. 6 видно, что значительная часть средств предоставляется лицам, получающим социальные пособия, а на пенсионеров и детей расходуется соответственно 14,9 и 1,2%, что далеко не покрывает потребности указанных категорий лиц в лекарствах.

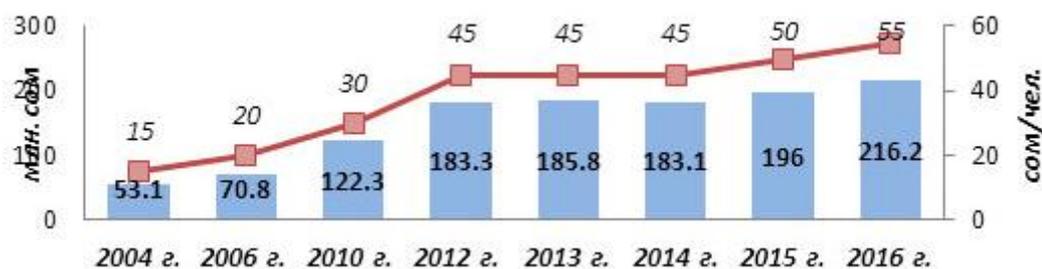


Рис. 5. Динамика подушевого норматива и бюджет лекарственного обеспечения по ДП ОМС за 2004-2016 гг. (млн. сом.)

Источник: Данные ФОМС за 2004-2016 гг.

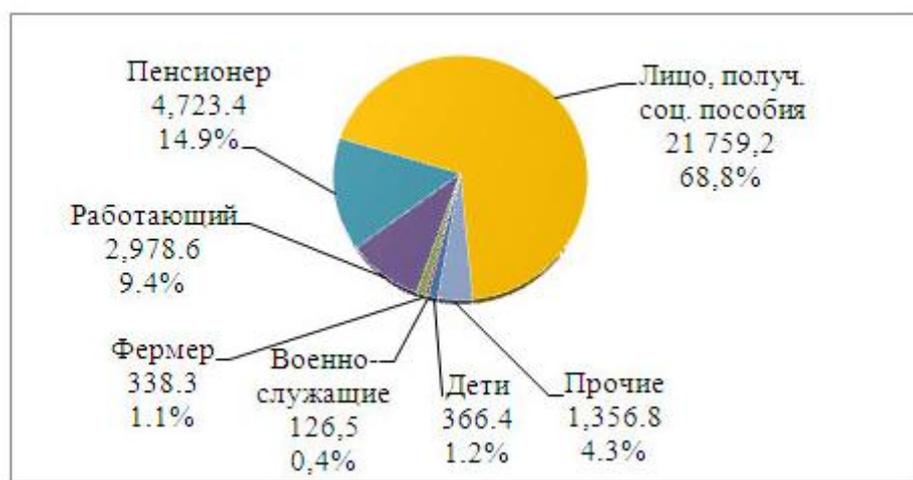


Рис. 6. Удельный вес расходов по медикаментам по источникам финансирования от общих расходов консолидированного бюджета системы Единого плательщика, направленных на закупку медикаментов в организациях здравоохранения за 2005-2016 гг.

Источник: Данные ФОМС за 2016 г.

Значительная часть стоимости лекарств по программе государственных гарантий финансируется за счет средств ОМС. Из года в год сокращается доля ресурсов из государственного бюджета, на 12% сократилась также доля сооплаты. Если учесть, что цель введения сооплаты – это покрытие расходов, прежде всего на лекарства, то, как следует из рис. 7, средства используются не в интересах больного и не по назначению.

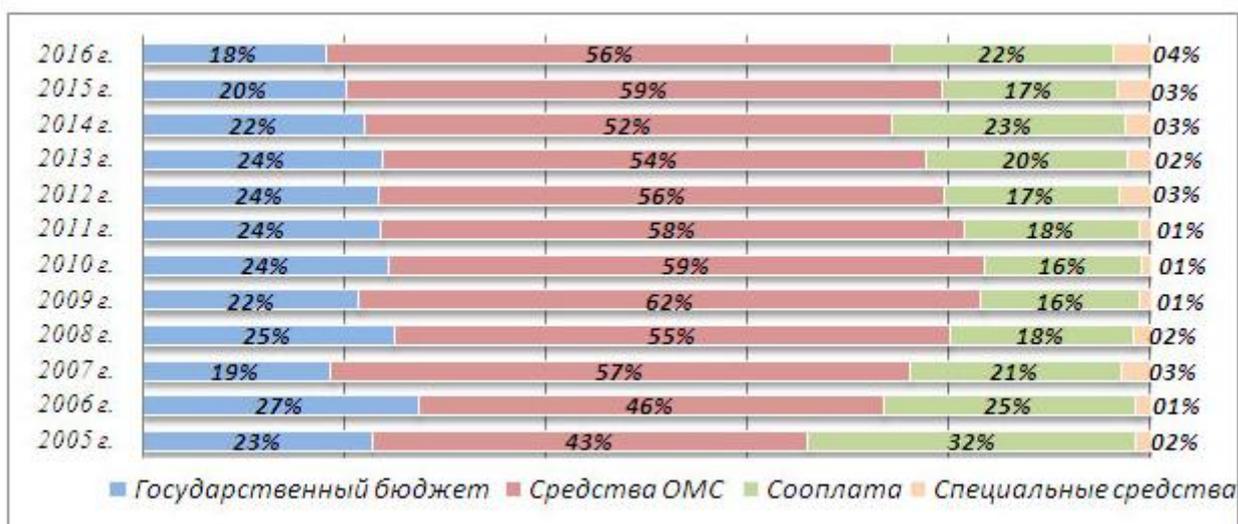


Рис. 7. Удельный вес расходов по медикаментам по источникам финансирования от общих расходов консолидированного бюджета системы Единого плательщика, направленных на закупку медикаментов в организациях здравоохранения за 2005-2016 гг.

Источник: Данные ФОМС за 2016 г.

Данные рис. 8 показывают сокращение доли расходов на медикаменты за указанный период. Если учесть, что цены на лекарства постоянно растут, то при доле расходов на медикаменты 9,9% не может быть и речи о качестве лекарственных средств. По данным Министерства здравоохранения КР (2016) финансирование лекарственного пакета стационаров составляет 225 млн. сом., первичной медико-санитарной помощи – 31 млн. сом.

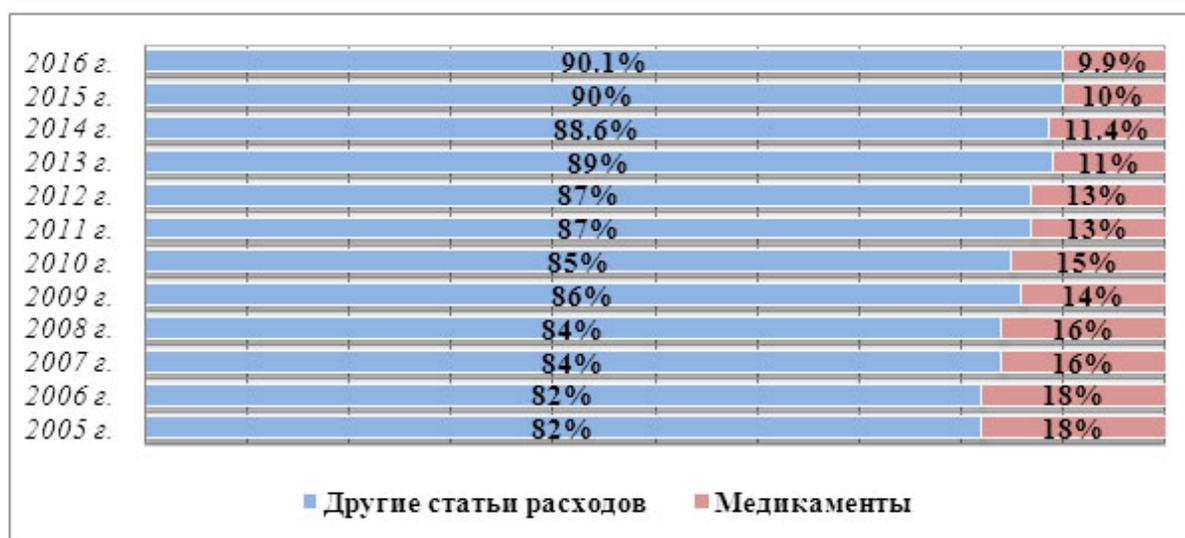


Рис. 8. Удельный вес расходов на медикаменты от общих расходов консолидированного бюджета системы Единого плательщика за 2005-2016 гг.

Источник: Данные ФОМС за 2005-2016 гг.

Рынок лекарств в Кыргызской Республике имеет высокие доходы. Здесь функционируют более 900 экономических субъектов, где работают 2717 фармацевтических организаций и 38 объектов производства лекарственных средств. Свыше 97% лекарств и изделий медицинского назначения завозятся из-за пределов страны, из них 60% – из России. В республике производят в основном пищевые добавки и лекарственные травы (Министерство здравоохранения КР, 2016). Это негативно влияет на доступность лекарственных средств. Вместе с тем стационары сами закупают лекарства. И закупка лекарств осуществляется

непрозрачно. В ходе проверки со стороны ФОМС были обнаружены лекарства, не отвечающие стандартам, а также поддельные препараты и лекарства, завезенные контрабандным способом (Кутуева, 2010) [4].

Изучение лекарственного рынка показало, что цены на один и тот же препарат в разных аптеках и регионах значительно варьируют. Кроме того, на цены лекарственных средств влияют также курсы валют. Больше половины дорогих лекарств, которые закупаются государством, привозят в Кыргызстан по значительно более высоким ценам, чем в соседние государства. Государственное агентство провело мониторинг цен на лекарственные препараты в аптеках на территории Бишкека. В ходе мониторинга было установлено, что цены на лекарственные препараты в аптеках на территории больниц города Бишкека гораздо выше, чем за пределами медицинских учреждений.

Многие врачи сегодня так или иначе вовлечены в лекарственный бизнес. Медицинский работник, выписывающий рецепт пациенту, не должен быть заинтересован в лекарственном бизнесе. Фармацевтические фирмы устраивают конференции, презентации, на которые приглашают врачей и профессоров медицины, чтобы они поддержали их. Взамен предлагают свои бонусы, проценты с продаж. Необходимо устранить такие явления. За границей, если врач выписывает пациенту одновременно три лекарственных средства, сразу возникает вопрос, почему он так сделал. Все проверяется и контролируется (Мягчилова, 2014) [6].

Руководитель, договариваясь с поставщиком лекарств, перечисляет деньги на поставку и оприходует поступление препаратов. Затем эти лекарства продаются пациентам в аптеках. Лекарства по гуманитарной помощи просто не доходят до пациентов и реализуются через аптечную сеть. Часто врачи выписывают лишние препараты и направления на анализы, находясь в сговоре с фармкомпаниями и частными лабораториями, рассчитывая при этом на дополнительные доходы от продажи лекарств и проведения лабораторных исследований. Государственное регулирование цен на лекарственные средства законодательством не предусмотрено. Цены на лекарства формируются на основе спроса и предложения. Фиксированные оптовые и розничные надбавки на лекарства не применяются. Все фармацевтические организации, осуществляющие оптовую и розничную реализацию лекарств, основаны на частной форме собственности и цены устанавливают сами. Так как лекарства – это социально значимый продукт, то такой механизм ценообразования является неприемлемым.

В Кыргызстане необходимо ввести Национальную базу данных лекарственных средств, что даст возможность любому учреждению, фискальному органу, гражданам по электронной системе видеть регистрацию и реализацию лекарственных средств, обозначенных в штрих-коде. Эта система должна быть независимой от Минздрава, ФОМСа, департамента лекарственного обеспечения. Все желающие могут увидеть цену у завода-производителя и наценки фармкомпаний. Вопросы о переходе на электронный формат оказания услуг населению, переводе государственной службы на электронный документооборот и внедрении электронного правительства поднимались в Кыргызстане неоднократно. Но каждый раз идея, по тем или иным причинам, начинала буксовать, а планы перехода на передовые методы управления осваивались частично, в основной своей массе оставаясь лишь на бумаге и на уровне благих пожеланий (Департамент лекарственного обеспечения Министерства здравоохранения КР, 2017).

В Турции государство установило среднестатистическую цену нескольких европейских стран, выше которой нельзя продавать лекарство, и лекарства стали дешевле на 50%. Кроме того, использование штрих-кода исключает подделки (Джапарова, 2016) [3]. Внедрение информационных систем обеспечит прозрачность всех процессов оплаты медицинских услуг и движения лекарств.

4. Использование дохода от платных услуг в государственных лечебных учреждениях

Платные медицинские услуги осуществляются в виде официальных и неофициальных оплат пациентами оказанных услуг. Специальные средства – это поступления от платных

услуг медицинского (стоматология и др.) и немедицинского характера. Это: оплата аренды помещений и других объектов, числящихся на балансе лечебного учреждения (аптеки, киоски и др.), оплата палат повышенной комфортности в стационарах и др. Эти деньги не проходят через каналы государственного перераспределения и поступают в медицинские организации в форме прямой оплаты медицинских услуг. Сегодня в Кыргызстане имеют место следующие формы личных расходов на медицинскую помощь – прямая покупка лекарственных средств, платные медицинские услуги по полной стоимости и неформальные, то есть незаконные платежи за услуги. Как видно из таблицы, спецсредства медицинских учреждений возросли в целом более чем в 8,4 раза. Из них средства, направляемые на финансирование первичной медико-санитарной помощи, выросли в 3,4 раза, а стационаров – в 8,2 раза. Рост финансирования на протяжении восьми лет основных статей расходов за счет специальных средств составляет: на медикаменты – всего 23% и питание – 7,4%.

Большая часть средств направлена на увеличение заработной платы медперсонала, оплату коммунальных услуг и прочие расходы. Таким образом, нуждающиеся в государственной поддержке доплачивают заработную плату врачей, и лишь незначительная доля их средств используется на лечение и питание в стационарах. Как было отмечено, существующие тарифы устарели и не охватывают все виды медицинских услуг, которые реально оплачиваются неформально. В расходах статья «Другие расходы» занимает значительную долю, однако нам не удалось получить расшифровку содержания данной статьи.

Специальные средства в разрезе статей расходов по видам медицинских услуг за 2009-2013 гг. (млн. сом.)

Спец. средства	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Темпы роста 2016 г. к 2009 г., %
Стационары									
Зарплата + Социальный фонд	16,6	16,2	19,0	23,1	59,6	75,2	100,0	125,7	757,2
Коммунальные услуги	3,6	4,1	4,1	5,8	10,8	3,8	4,4	1,8	-50
Медикаменты	2,0	1,3	3,6	35,5	8,9	13,1	19,3	25,7	128,5
Питание	0,4	0,9	0,6	18,8	1,5	4,9	7,3	8,4	210,0
Другие статьи	25,4	40,2	56,5	38,9	76,1	313,9	202,8	232,7	916,1
Итого	48,0	62,7	83,8	121,9	156,9	254,2	333,8	394,3	821,4
ПМСП									
Зарботная плата с отчислениями	11,4	15,1	17,1	19,8	7,4	19,0	11,4	13,9	121,9
Коммунальные услуги	1,0	0,7	1,0	1,2	3,3	1,7	0,9	1,9	190
Медикаменты	2,5	3,7	4,2	7,4	2,2	4,0	2,7	3,3	132

Питание	0,3	0,3	0,5	1.1	0,8	5,8	2,4	5,0	160,6
Другие статьи	9,7	12,5	16,8	16,5	20,7	40,9	38,4	61,8	637,1
Итого	24,9	32,3	39,5	46,1	34,4	71,4	55,8	85,9	344,9
Всего ЕП									
Заработная плата с отчислениями	28,0	31,3	36,1	42,9	95,3	145,4	154,0	188,9	674,6
Коммунальные услуги	4,6	4,8	5,0	7,0	1,2	6,2	6,7	5,5	119,5
Медикаменты	4,5	5,0	7,8	42,9	23,7	40,6	37,1	44,1	988,8
Питание	0,7	1,2	1,1	19,9	2,7	11,4	10,4	14,0	20
Другие статьи	35,5	52,7	73,4	55,4	181,9	258,3	291,3	363,3	102,3
Итого	73,3	95,0	123,3	168,0	304,8	461,9	499,5	615,8	840,1

Источник: Данные ФОМС за 2009-2016 гг.

5. Выводы

- Из значительной части выделяемых государством средств по Программе гарантий лишь 13% и 1% используются на поддержку пенсионеров и детей, что далеко не покрывает потребности указанных категорий лиц.
- Для смягчения дефицита финансовых ресурсов предлагается перевести некоторые категории лиц, имеющих право на бесплатное лечение, на платные условия.
- Большая часть средств направляется на увеличение заработной платы медперсонала, оплату коммунальных услуг и прочие расходы.
- Нуждающиеся в государственной поддержке доплачивают заработную плату врачей, при этом незначительная доля их средств идет на лечение и питание в стационарах.
- Контроль над предоставлением пациентам льгот на приобретение лекарств практически отсутствует, что создает условия для противоправных действий со стороны продавцов лекарств и врачей.
- Средства, выделенные на лекарства, используются неэффективно. Больше половины лекарств, которые закупаются государством, привозят в Кыргызстан по ценам значительно выше, чем в соседние государства. Цены на один и тот же препарат в разных аптеках и по регионам различаются во много раз.
- Больницы закупают лекарства самостоятельно, процесс закупок непрозрачен.
- В Кыргызстане необходимо создать электронную Национальную базу данных лекарственных средств, для того чтобы все желающие могли увидеть цену завода-производителя и наценки фармкомпаний. Эта система должна быть независимой от Минздрава, ФОМСа, департамента лекарственного обеспечения.

Использованные источники

1. Данные ФОМС за 2013-2016 гг.
2. Департамент лекарственного обеспечения Министерства здравоохранения КР. Электронные стандарты управления против коррупции. – Режим доступа: www.pharm.kg/ru/news/288/2017
3. Джапарова, Д. Лекарственный рынок в Кыргызстане и государственная лекарственная политика // Economics. – 2016. – № 10(19). – С. 9-12.

4. Кутуева, А. (2010) В Кыргызстане 18 процентов лекарственных средств в аптеках и на черном рынке не имеют сертификата качества. – Режим доступа: www.24.kg/archive/ru/community/81585-v-kyrgyzstane-18-procentov-lekarstvennykh-sredstv.html
5. Министерство здравоохранения КР. – Итоги деятельности организаций здравоохранения республики за 2016 год и задачи на 2017 год. – Режим доступа: www.med.kg/index.php/ru/novosty1/1152-itogi-deyatelnosti-organizatsij-zdravookhraneniya-respubliki-za-2016-god-i-zadachakh-na-2017-god.html. 2016
6. Мягчилова, А. Почему в Кыргызстане дорожают лекарства? – Режим доступа: Polit.kg 07.07.2014 22:18.
7. Программа государственных гарантий по обеспечению граждан медико-санитарной помощью. – Режим доступа: foms.kg/index.php?option=com_content&view=article&id=958